

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ОЖИРЕНИЕМ

Шматкова О.Н.

*УО «Витебский государственный орден Дружбы народов
медицинский университет*

Введение. Нарушения пищевого поведения, подразумевающие под собой гиперфагическую реакцию на стресс, компульсивное переедание или же наоборот ограничение в питании, отказ от приема пищи, по мнению ряда авторов, являются «предболезнью», которая при отсутствии адекватного лечения может перейти в булимию и анорексию, в большинстве случаев включающую булимическую симптоматику [1, 4].

Большинство исследователей [1, 3, 5], рекомендуют изучать пищевое поведение при нарушениях питания, как один из критериев определяющих и физиологический, и психологический статус пациенток. Без учета его специфики невозможно построить адекватную схему терапии и добиться долговременного клинического эффекта

Цель исследования - изучить пищевое поведение пациенток с ожирением и нарушениями репродуктивного здоровья.

Материалы и методы. Изучение пищевого поведения проводили по данным индивидуального анкетирования 122 девушек и женщин с нарушениями функции репродуктивной системы и ожирением. Для определения пищевого поведения пациенток, как с избыточностью, так и с недостаточностью питания выделяли четыре основных типа нарушения пищевого поведения (ПП): экстернальное, эмоциогенное, компульсивное (пароксизмальное эмоциогенное) и ограничительное пищевое поведение [2].

Результаты и обсуждение Анализ интервьюирования больных с избыточностью питания и ожирением с целью выявления особенностей их пищевого поведения показал, что среди обследованных преобладали пациентки с эмоциогенным пищевым поведением (82 - 67,2%), больных с экстернальным ПП было 13,9% (17), с компульсивным – 8,2% (10), с ограничительным – 10,7% (13).

Все больные с эмоциогенным пищевым поведением отмечали, что в большинстве случаев «заедают» плохое настроение, стрессовые ситуации в быту и работе (конфликты с близкими людьми и коллегами). Выраженные обострения

эмоциогенного ПП было выявлено у 2 из 82 больных при смерти близкого человека, у 4 – при разводе, у 4 – при провале экзамена, у 5 при увольнении с работы. Причем в первые дни (1-8 дней) 8 из них отмечали ограничение приема пищи «есть не хотелось», а затем резкое обострение желания «заесть» горе.

При экстренальном пищевом поведении больные отмечали, что часто основной побудительной причиной приема пищи является доступность продуктов, а не голод. Так, из 17 пациенток 12 всегда едят «за компанию», передают в гостях, 5 – покупают излишнее количество продуктов, которое затем и съедают. Все девушки и женщины указали на неполноценное насыщение при большом количестве принятой пищи, несмотря на чувство переполнения желудка.

Компульсивное пищевое поведение у большинства больных (7 из 10) проявлялось в виде периодического (2-3 раза в неделю) быстрого приема большого количества пищи до выраженного чувства переполнения желудка, при этом все они старались скрыть это от близких людей и испытывали стыд. Три пациентки отмечали, что едят мало, подразумевая под этим, что практически весь световой день они принимают небольшие объемы пищи (перекусывают), однако, как показал анализ, в вечернее время они едят много, а иногда принимают пищу и ночью. Больные этой группы указали, что не могут заснуть, не съев избыточного количества пищи, которое используют в качестве снотворного средства.

Ограничительное пищевое поведение согласно данным литературы присутствует в той или иной степени всем больным с ожирением. Однако у наших 13 пациенток оно было основным, так как все они не менее 3 раз в год прибегают к строгим ограничительным диетам или голоданию. Все 13 больных указали, что во время ограничения приема пищи и потери веса, испытывали комплекс отрицательных эмоциональных ощущений: повышенные раздражительность и утомляемость, чувство внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивность и враждебность, тревожность, сниженное настроение, удрученность. При этом у них формировалось чувство вины, снижение самооценки, неверие в возможность избавиться от ожирения. Диетическая депрессия в дальнейшем приводила к отказу соблюдения диеты и к рецидиву заболевания.

Нами были изучены особенности нарушений пищевого поведения в зависимости от личностной и реактивной тревожности и уровня невротизации пациенток.

Установлено, что у лиц с высокими показателями личностной тревожности в большинстве случаев отмечалось эмоциогенное пищевое поведение и его пароксизмальная форма, а у больных с низким уровнем как личностной, так и реактивной тревожности – экстернальное. Среди пациенток с умеренной тревожностью большинство составляли лица с экстернальным и ограничительным поведением. Сильная прямая корреляционная зависимость была выявлена между высоким уровнем невротизации личности и эмоциогенным и ограничительным пищевым поведением ($r=+0,71$).

Выводы:

1 Большинство больных (67,2%) с ожирением и нарушениями функции репродуктивной системы страдали эмоциогенным типом нарушения пищевого поведения. При этом больные с экстернальным типом нарушения пищевого поведения составили 13,9%, с компульсивным – 8,2% (10), с ограничительным – 10,7% (13).

2 Нарушения пищевого поведения тесно связаны с личностной и реактивной тревожностью пациенток и уровнем их невротизации. Прием пищи у больных с ожирением и нарушениями репродуктивного здоровья играет роль своеобразного защитного механизма от стресса.

Литература:

1. Бессесен, Д.Г. Избыточный вес и ожирение. Пер. с англ./ Д.Г.Бессесен, Р. Кушнер – М : БИНОМ, 2004. – 239 с.
2. Вознесенская, Т.Г., Вахмистров А.В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении/ Т.Г.Вознесенская, А.В. Вахмистров // Журн. неврол и психиатрии. — 2001. — № 12. — С. 19-24.
3. Вознесенская, Т. Г. Нарушение пищевого поведения и коморбидные синдромы при ожирении и методы их коррекции / Т. Г. Вознесенская, В. А. Сафонова, Н. М. Платонова // Журн неврологии и психиатрии. - 2000. - № 12 - С 49-52.
4. Демидова, Т.Ю. Ожирение – основа метаболического синдрома/ Т.Ю.Демидова//Лечащий врач. – 2002 - № 5 – С. 15-19.
5. Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders/ M A Demitrack [et al.] // Amer J. Psychiat. – 1990. –47, № 9. –P. 1184-1188.